

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 mai 2025

Composition : M. NEU, président
Mmes Silva et Rondi, assesseures
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat
à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

**Art. 6 s., 45 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 s. LAI ; 87 al. 2 et 3
RAI**

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est entrée en Suisse en [...] au bénéfice d'une autorisation de séjour de type C. Divorcée et mère d'une fille née en [...], elle vit en colocation. Elle a travaillé en qualité de coiffeuse au service de divers employeurs.

B. En incapacité de travail depuis le 28 janvier 2002 en raison de douleurs à la colonne vertébrale et d'une malformation cardiaque (pour laquelle une opération à cœur ouvert a été réalisée le 22 août 2002), l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 9 mai 2003.

Par décision du 13 juillet 2004, confirmée sur opposition le 16 mars 2005, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée.

Par jugement du 9 mai 2006 (TASS AI 80/05 - 112/2006), le Tribunal des assurances a confirmé la décision sur opposition du 16 mars 2005.

C. a) Dans le cadre d'un emploi de vendeuse exercé au taux de 80 % auprès du T._____ de la [...], le Dr F._____, psychiatre traitant de l'époque, a attesté un arrêt de travail de l'assurée depuis le 27 septembre 2016.

Le 21 mars 2017, S._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de « fibromyalgie / Burn-out - dépression ».

Dans un rapport d'expertise du 18 avril 2017 confié par l'assureur perte de gain [...] à la Clinique [...], la Dre H._____, spécialisée en psychiatrie, a posé les diagnostics d'épisode dépressif sans symptômes psychotiques (F32.2) et de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21). Selon cette experte, la symptomatologie était

aggravée par la persistance de douleurs liée à la suspicion de fibromyalgie. La capacité de travail de l'assurée était nulle, de 50 % dès le 24 avril 2017 moyennant un ajustement médicamenteux, puis de 80 % depuis le 8 mai 2017 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (s'agissant des capacités d'adaptation, de concentration et de réflexion ainsi que du rythme de travail).

Dans des rapports des 12 mai 2017 et 6 mars 2018, le Dr F. _____ a indiqué qu'en raison du trouble dépressif sévère, du syndrome douloureux somatoforme persistant, du trouble anxieux et du sommeil, l'assurée était incapable de travailler.

Dans un rapport du 27 juin 2017, le Dr A. _____, généraliste, médecin traitant, a confirmé qu'en raison de rachialgies diffuses, de douleurs musculosquelettiques, de trouble dépressif, de syndrome du tunnel carpien des deux côtés, de status après sternotomie et intervention cardiologique, la capacité de travail de l'assurée était nulle depuis le mois de septembre 2016.

Dans un rapport du 20 mai 2019, le Dr N. _____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de « douleurs musculosquelettiques diffuses chroniques récurrentes dans le contexte d'un syndrome douloureux somatoforme persistant *versus* fibromyalgie ; cervicalgie de caractère musculaire dysfonctionnel ; dorsolombalgie chronique commune ; mains ; symptôme acroparesthésique des doigts ; probable irritation sensitive du nerf médian dans le tunnel carpien ; main droite ; status post chirurgie du troisième doigt à ressaut ; quatrième doigt à ressaut intermittent ». Indiquant que les points de fibromyalgie étaient douloureux, ce médecin recommandait la poursuite de la physiothérapie et de la psychothérapie. Selon l'estimation de ce médecin, la capacité de travail de l'assurée n'était pas totale et elle devait encore être examinée par le biais de la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Le 29 mai 2019, la psychologue et psychothérapeute C. _____ a attesté une fatigabilité, un ralentissement, une confusion et

une incapacité de l'assurée à gérer ses émotions depuis le mois de septembre 2016. Elle était vite envahie par des attaques de panique et des crises d'angoisses à répétition. Cet état de santé défailant rendait totalement impossible l'exercice d'une activité lucrative.

L'OAI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire au G._____ de [...] dont le rapport a été établi le 4 octobre 2019.

b) Les 18 décembre 2019 et 27 janvier 2020, avec l'aide du DrE._____, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent de l'assurance-invalidité.

L'OAI a fait réaliser une enquête à domicile dont le rapport a été établi le 13 juillet 2020.

Par décision du 29 mars 2021, l'OAI a rejeté la demande d'allocation pour impotent de l'assurée.

Le 11 mai 2021, cette dernière a déposé un recours contre cette décision de refus de prestations devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cause AI 182/21).

c) Dans l'intervalle, l'assurée a annoncé à l'OAI le 10 juillet 2020, une aggravation de son état de santé depuis le mois de décembre 2019 pour laquelle son médecin traitant avait envisagé une hospitalisation en milieu psychiatrique.

Dans un rapport du 17 août 2020, le Dr E._____ a attesté d'une fibromyalgie et d'un burnout avec une dépression chronique à l'origine d'une incapacité de travail entière de l'assurée dans toute activité depuis l'année 2012.

Par projet de décision du 15 février 2021, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité. Selon ses observations, en bonne santé, l'assurée exercerait une activité lucrative à 80 %, les 20 %

restant correspondant à ses travaux habituels dans la tenue de son ménage. Elle présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 27 septembre 2016 pour raisons de santé avec, au terme du délai d'attente d'une année en septembre 2017, une capacité de travail à 80 % dans son activité habituelle de vendeuse, mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« pas de port répétitif de charge > 15kg, éviter les stations debout très prolongées, possibilité de s'asseoir le quart du temps de travail, éviter les hyperlordoses, éviter le port de charge supérieur à 5 kg au-dessus de l'horizontale »). En application de la méthode d'évaluation de l'invalidité pour les personnes partiellement actives ou ménagères, le degré d'invalidité résultant des deux domaines (actif et ménager) était de 5.65 % jusqu'au 31 décembre 2017 et de 6.19 % depuis le 1^{er} janvier 2018. A partir du mois d'août 2018, le statut de femme active de l'assurée ne lui ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.

Dans le cadre de ses objections du 15 mars 2021 à l'encontre de ce projet de décision, l'assurée a produit un rapport du 29 mars 2021 de sa psychologue C._____ qui évoquait un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.3) en lien avec « différentes situations problématiques dans lesquelles Madame est empêtrée et (de) son comportement agressif envers toute forme de critique et contrariété ». Selon cette psychothérapeute, ce trouble était probablement lié à une peur de l'abandon et un manque d'attention remontant à l'enfance.

L'OAI a confié la réalisation d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire au P._____ (P._____) de [...] dont le rapport a été établi le 10 mars 2022, concluant à une capacité de travail entière de l'assurée en toute activité, y compris celle habituelle depuis le 8 mai 2017.

Dans un avis du 20 avril 2022, la Dre L._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a indiqué que l'instruction du dossier dans le cadre de l'audition complétée par la troisième expertise médicale n'apportait aucun élément objectif nouveau.

Par décision du 21 avril 2022, l'OAI a entériné le refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, sa motivation étant identique à celle de son projet du 15 février 2021.

D. Par recours déposé le 25 mai 2022 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, S._____, représentée par Me Jean-Michel Duc, a conclu à la réforme de la décision précitée en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2017, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle a requis en outre l'octroi de l'assistance judiciaire « complète ». En substance, elle a demandé la tenue de débats publics au sens de l'art. 6 CEDH et a critiqué l'instruction de son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante des expertises pluridisciplinaires versées au dossier en se plaignant de la non-prise en compte des avis divergents des médecins consultés. Elle a produit un rapport du 21 mai 2022 de son nouveau psychiatre de l'époque, le Dr I._____, et de la psychologue C._____, posant les diagnostics d'épisodes dépressifs sévères sans symptômes psychotiques F32.2 (2016), de syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4 (2017) et de trouble de la personnalité émotionnellement labile F60.3 (type impulsif) dont les symptômes (fatigue, irritabilité, anxiété et agressivité démesurée) entravaient la reprise d'une activité adaptée.

Par décision du 20 juin 2022, S._____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 25 mai 2022. Elle était exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires, sans être tenue de payer une franchise mensuelle. Un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc lui a été désigné.

Dans sa réponse du 4 août 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé que le rapport du 21 mai 2022 des médecins traitants n'était pas susceptible de modifier sa position.

Au terme d'échanges d'écritures produites les 15 septembre, 31 octobre et 17 novembre 2022 ainsi que les 24 mars et 29 juin 2023, comprenant le versement de nouveaux rapports du psychiatre traitant actuel (DrK._____) et de la psychologue C._____, lesquels opposaient leurs compétences à celles du SMR (avis médical du 16 novembre 2022 de la Dre L._____), les parties ont maintenu leurs positions respectives.

E. Le 20 juillet 2023, le magistrat instructeur a confié à la Dre V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise psychiatrique de S._____. Se fondant sur ses propres examens cliniques et entretiens téléphoniques avec les médecins consultés ainsi que sur l'analyse du dossier médical constitué, l'experte judiciaire a rendu son rapport le 25 novembre 2024. Celui-ci résume les pièces médicales et administratives versées au dossier, procède d'une anamnèse, relate l'évolution des troubles somatiques et psychopathologiques de l'assurée, décrit son vécu quotidien et social, rapporte ses plaintes et rend compte du status clinique. Sur la base de son analyse, l'experte a retenu les diagnostics suivants :

“Diagnostics (DSM-5 et CIM-11)

Selon le DSM-5 :

- Trouble stress post-traumatique avec symptômes dissociatifs (309.81)
- Trouble de conversion (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle) (300.11)
- Trouble à symptomatologie somatique (300.82)
- Trouble dépressif caractérisé non spécifié, épisodes récurrents (296.30)

Selon la CIM-11 :

- Trouble de stress post-traumatique complexe (6B41)
- Trouble dissociatif à symptômes neurologiques (6B60)
- Trouble à symptomatologie somatique (6C20)
- Trouble dépressif récurrent actuellement en rémission complète (6A71.7)”

Au titre de ses conclusions, l'experte judiciaire a notamment retenu les éléments suivants :

“On observe au cours de ces 22 dernières années, une aggravation progressive de la symptomatologie. D'abord essentiellement

douloureuse, la symptomatologie a évolué vers une aggravation des manifestations psychiatriques avec les symptômes décrits ci-dessus, et actuellement la symptomatologie neurologique fonctionnelle semble devenir de plus en plus bruyante. Si Mme S. _____ a pu maintenir une activité professionnelle tant bien que mal jusqu'en 2016, à partir de cette période où les conflits avec son employeur sont venus effondrer le fragile équilibre qu'elle parvenait encore à maintenir, elle n'a plus été en mesure de travailler. La description de ses soignants à ce moment-là est suffisamment éloquente et cohérente entre thérapeutes pour justifier une incapacité de travail totale à partir du 27 septembre 2016. Le tableau clinique est cohérent et plausible en regard de l'évolution de l'expertisée depuis son enfance.

En raison de la gravité de l'atteinte de base sur ces 20 dernières années, de la chronicisation des troubles avec aggravation de leur intensité, notamment sur le plan psychiatrique et l'apparition d'autres manifestations symptomatiques comme les atteintes neurologiques fonctionnelles, le pronostic quant à l'évolution est actuellement défavorable.

Le traitement d'un TSPT [trouble du stress post-traumatique] avec symptômes dissociatifs est difficile, long et requiert une volonté forte des sujets atteints, notamment pour lutter contre leur tendance à vouloir éviter d'être confrontés à un passé douloureux, qui réactive des affects éprouvants qui suscitent la honte, la culpabilité et d'autres sentiments fortement perturbants. Le traitement médicamenteux n'est que très peu aidant, compte tenu du fait qu'il n'y a pas de molécule reconnue pour avoir une réelle efficacité sur ce trouble. Les antidépresseurs ou les anxiolytiques peuvent au mieux atténuer l'intensité des émotions et des perturbations, mais ne sont pas thérapeutiques en soi. Comme souvent dans les situations de patients traumatisés, plusieurs traitements sont administrés, mais sans aucune efficacité, à l'instar de ce qui a été le cas pour Mme S. _____, à qui toutes les catégories de traitement ont été administrées, sans amélioration clinique cependant. Lors des entretiens, elle m'a d'ailleurs dit avoir cessé tout traitement, hormis un somnifère, ce qui a justifié le fait de ne faire aucun dosage sanguin.

Le seul traitement que je peux préconiser est un traitement psycho traumatologique dans le but de stabiliser au mieux les symptômes de l'expertisée, d'élargir sa fenêtre de tolérance aux stress, de l'aider à intégrer son vécu dissociatif pour pouvoir le minorer, puis si l'évolution est favorable, alors de pouvoir éventuellement à l'aide de thérapies reconnues comme l'EMDR [*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*], travailler sur les traumatismes infantiles. Mais comme dit plus haut, il s'agit d'un travail de longue haleine, qui ne peut se faire que si l'expertisée arrive à être suffisamment stable pour ne pas être systématiquement dans la mobilisation, l'urgence d'une crise du moment, ce qui n'est pas son cas actuellement, comme évoqué par Mme C. _____."

Avec ses déterminations du 17 décembre 2024, l'OAI a produit un avis médical SMR du 9 décembre 2024 de la Dre L. _____ qui se termine comme il suit :

“L’expertise judiciaire psychiatrique du 25.11.2024 Dre V. _____ psychiatre est convaincante. L’expert estime que depuis fin septembre 2016, l’assurée ne peut plus assumer son activité professionnelle, elle est en incapacité de travail totale depuis lors. CTAH [capacité de travail dans une activité adaptée] 0% et CTA [capacité de travail dans l’activité habituelle] 0% .

LE [limitations fonctionnelles] page 44 : impulsivité et ses débordements émotionnels, colériques et agressifs. Elle présente une intolérance démesurée face aux contrariétés et à l’adversité même la plus futile et dérisoire, avec des conséquences fortement disproportionnées (hurler sur un client/collègue, s’enfermer chez elle durant 2-3 jours suite à une dispute ou suite aux difficultés de monter un meuble, amnésies associées à ces moments conflictuels, etc.). En effet, un tel comportement face à des clients, face à des collègues ou à sa hiérarchie paraît peu compatible avec les compétences adaptatives requises pour un métier dans la vente ou tout autre métier qui implique des interactions personnelles. Au-delà des débordements émotionnels, il y a les lacunes mnésiques, les moments de déconnexion d’elle-même, les bizarreries perceptives (hallucinations) qui sont susceptibles d’entraver son bon fonctionnement au travail et la continuité de ses tâches. Par ailleurs, la symptomatologie neurologique et douloureuse fonctionnelle qui, dans les moments de surcharge émotionnelle implique une perte de la capacité à écrire, à marcher, et des douleurs multiples qui occupent tout son champ de pensée quand ces symptômes sont présents, est de nature à l’empêcher de pouvoir se concentrer sur sa tâche et l’exécuter à satisfaction. Enfin les effondrements dépressifs qui surviennent quand elle est débordée par sa situation, avec la fatigabilité, les troubles de la concentration, de la mémoire, des pleurs, les idées suicidaires et tous les autres symptômes inhérents à la dépression, ne sont pas compatibles avec la capacité à mener une tâche correctement. Les manifestations de ses atteintes psychiques rendent depuis quelques années, toute activité professionnelle impossible. Les limitations fonctionnelles de l’expertisée l’empêchent de travailler, mais elle garde, pour l’heure, la capacité de s’occuper de son intérieur (ménage, lessive, courses et repas) à son rythme, même si parfois elle a besoin d’un étayage ponctuel (fille, frère, belle-sœur).

Le pronostic quant à l’évolution est actuellement défavorable.”

Se fiant au point de vue de son SMR, l’office intimé a admis le caractère probant du rapport d’expertise judiciaire du 25 novembre 2024 de la Dre V. _____ et a modifié ses précédentes conclusions, proposant de retenir une incapacité de travail totale de la recourante dès la fin du mois de septembre 2016 dans toute activité lucrative, si en bonne santé, à

80 % jusqu'à fin juillet 2018, puis à 100 % dès le 1^{er} août 2018. Cela ouvrait le droit à l'intéressée à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 2017.

Le 7 janvier 2025, faisant siennes les constatations de l'experte judiciaire V. _____ en indiquant qu'elle partageait également la position de l'intimé, la recourante a maintenu ses conclusions tendant à la réforme de la décision querellée dans le sens de la reconnaissance de son droit à une rente entière dès le 1^{er} septembre 2017, avec suite de dépens. En annexe à ces déterminations, Me Jean-Michel Duc a produit la liste de ses opérations.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. a LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) aa) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition

transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

bb) En l'occurrence, bien que la décision litigieuse ait été rendue en 2022, elle fait suite à une nouvelle demande de prestations déposée en mars 2017 de sorte que le droit au versement de la rente existerait dans le courant de cette année-là. Le droit à une rente est ainsi régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, auxquelles il sera fait référence dans le cadre du présent arrêt.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) aa) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie,

maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

bb) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (comparaison des revenus), étant toutefois précisé que depuis le 1^{er} janvier 2018 le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps

consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

d) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

4. Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1 ; 132 V 93 consid. 4 avec les références citées ; TF 9C_39/2021 du 6 décembre 2021 consid. 3.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne

examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour mettre en cause la valeur d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références).

6. a) En l'espèce, l'évaluation de l'état de santé de la recourante doit s'apprécier en comparaison avec la décision sur opposition de l'office intimé du 16 mars 2005, confirmée par jugement du 9 mai 2006 (TASS AI 80/05 - 112/2006), refusant le droit à une rente d'invalidité.

b) L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 21 mars 2017 par la recourante mais l'a rejetée sur la base des renseignements ressortant du dossier, dont en particulier trois expertises médicales.

c) Dans le cadre du mandat d'expertise judiciaire, la recourante a été examinée à quatre reprises par la Dre V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a posé les diagnostics, selon la CIM-11, de trouble de stress post-traumatique complexe (6B41),

de trouble dissociatif à symptômes neurologiques (6B60), de trouble à symptomatologie somatique (6C20) et de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission complète (6A71.7) ainsi que les diagnostics de trouble stress post-traumatique avec symptômes dissociatifs (309.81), de trouble de conversion (300.11), de trouble à symptomatologie somatique (300.82) et de trouble dépressif caractérisé non spécifié, épisodes récurrents (296.30), selon le DSM-5. Au terme de son appréciation globale de la situation qui s'accorde avec la totalité des avis des médecins consultés, l'experte judiciaire retient qu'en raison de la gravité de l'atteinte de base, remontant à l'enfance, de la chronicisation des troubles avec aggravation de leur intensité sur les vingt dernières années, notamment sur le plan psychiatrique et de l'apparition d'autres manifestations symptomatiques comme les atteintes neurologiques fonctionnelles, la recourante est totalement incapable de travailler depuis le 27 septembre 2016.

d) En l'occurrence, les parties s'accordent - à juste titre - pour reconnaître pleine valeur probante au rapport d'expertise judiciaire du 25 novembre 2024 de la Dre V._____, d'excellente facture.

e) Selon les conclusions du rapport d'expertise judiciaire du 25 novembre 2024 de la Dre V._____, la recourante présente depuis le 27 septembre 2016, une capacité de travail nulle dans toute activité. Le début du droit à la rente est fixé à l'échéance du délai d'attente d'une année, et la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (cf. art. 29 al. 3 LAI), avec un degré d'invalidité à fonder sur une incapacité de travail de 100 % au long cours telle que retenue par l'experte judiciaire. Supérieur à 70 % (cf. art. 28 al. 2 LAI), tant selon la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité applicable jusqu'en juillet 2018 que selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus depuis août 2018, le degré d'invalidité de la recourante lui ouvrirait en conséquence le droit à une rente entière dès le 1^{er} septembre 2017, contrairement à ce qu'a retenu l'OAI au terme de la décision dont est recours.

7. Subsiste la question des frais de l'expertise judiciaire.

a) Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3 ; 139 V 349 consid. 5.4), les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité. En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance ordonne la réalisation d'une expertise judiciaire parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité. Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2 ; sur l'ensemble de la question, cf. aussi ERIK FURRER, *Rechtliche und praktische Aspekte auf dem Weg zum Gerichtsgutachten in der Invalidenversicherung*, RSAS 2019, p. 14).

b) En l'occurrence, la Cour de céans s'est vue contrainte de mettre en œuvre une expertise judiciaire auprès de la Dre V._____ en raison des incertitudes liées aux avis médicaux contradictoires versés au

dossier et que l'autorité se devait de lever. Dans ces conditions, il se justifie de mettre à la charge de l'office intimé la totalité des frais qui ont été nécessaires à la mise en œuvre de l'expertise judiciaire, soit un montant de 11'000 fr. conformément à la note d'honoraires de la Dre V. _____ du 25 novembre 2024.

8. En définitive, bien fondé, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2017, sans limitation dans le temps.

9. a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'office intimé, vu l'issue du litige.

b) La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). Compte tenu de la complexité du litige ayant nécessité la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, il convient de l'arrêter à 5'000 francs.

c) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire et l'indemnité de dépens allouée ci-avant couvre la rémunération à laquelle le conseil d'office peut raisonnablement prétendre au regard des opérations conduites.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 21 avril 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que S._____ est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2017.

- III. Les frais de l'expertise judiciaire réalisée par la Dre V._____ le 25 novembre 2024, par 11'000 fr. (onze mille francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à S._____ une indemnité de 5'000 fr. (cinq mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jean-Michel Duc (pour S. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :